

INFORMACIÓN ADICIONAL

ACCESS NY HEALTH CARE

Nombre
en la Sección A

Teléfono

Sección B Continuación

Información sobre el núcleo familiar Anote los nombres de las personas que están solicitando o ya están recibiendo Child Health Plus, Family Health Plus, Medicaid o el Programa de Asistencia para Cuidado Prenatal (*Prenatal Care Assistance Program*, o PCAP). También **debe** anotar el nombre de los padres, padrastros, madrastras o cónyuges del familiar solicitante que vive en su casa, incluso si esta persona no está solicitando el programa. Usted **puede** anotar los nombres de otros miembros de la familia si lo desea (por ej., un hijo dependiente menor de 21 años). **Anotar a los demás miembros de la familia puede permitirles otorgarle un nivel de elegibilidad más alto.**

Nombre, inicial, apellido	Fecha de nacimiento	Sexo F o M	¿Está esta persona embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es esta persona padre o madre de un niño solicitante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parentesco con el jefe de familia	¿Quiere esta persona el seguro médico? (Sí o No) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	SÓLO PARA SOLICITANTES	
							Número del Seguro Social (si tiene) <i>No es necesario para mujeres embarazadas</i>	Raza o grupo étnico (ver los códigos)
10 Nombre de soltera, si tiene		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
11 Nombre de soltera, si tiene		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
12 Nombre de soltera, si tiene		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Códigos de afiliación racial o étnica: (opcional)

A = Asiático

B = Negro o afroamericano

H = Hispano o Latino

I = Indio americano o nativo de Alaska

P = Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico

W = Blanco

U = Desconocido

Sección C Continuación

Seguro médico Usted o su familia pueden ser elegibles aunque tengan otro seguro médico.

1. ¿Hay alguien en el núcleo familiar que ya tiene Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus o PCAP? Sí No

Si responde "Sí"	Nombre	No. de identificación de cliente "CIN"	Nombre	No. de identificación de cliente "CIN"
------------------	--------	--	--------	--

2. ¿Hay alguien que está solicitando que tiene Medicare? Sí No No. de Medicare

3. ¿Hay alguien que está solicitando y que ya tiene otro seguro médico? Sí No

Si responde "Sí"	Nombre del dueño de la póliza de seguro		
	Nombre de la compañía de seguros	Póliza de grupo No.	Pago mensual \$
	Persona (o personas) cubiertas	Fecha final de la cobertura	

Sección D Continuación

Ciudadanía Las mujeres embarazadas no tienen que completar esta sección. Esta información sólo se requiere de personas que solicitan seguro médico. Casi todos los niños son elegibles para el seguro médico, sin importar su condición de inmigración.

¿Son todos los solicitantes ciudadanos de EE.UU.? (si responde "sí", pase a la Sección E) Sí No

Si responde NO, por favor anote la siguiente información de todos los que solicitan seguro médico que no son ciudadanos de EE.UU.

Sus respuestas a estas preguntas se mantendrán en estricta confidencia.

Nombre	Inicial	Apellido	¿Pertenece esta persona a alguna de estas categorías? Marque la casilla apropiada.	Si marcó A o B, anote la fecha en que esta persona entró en EE.UU. (mes/día/año)
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Ninguna	
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Ninguna	
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Ninguna	

A: Marque la casilla "A" si la persona pertenece a una de las siguientes categorías:

- Residente permanente legal (tiene tarjeta de inmigrante "green card")
- Asilado
- Entrante cubano o haitiano
- En libertad condicional de por lo menos un año
- Indio norteamericano nacido en Canadá y que tiene por lo menos 50% de indio norteamericano
- Algunos inmigrantes maltratados y/o niños
- Refugiado
- Asiático estadounidense
- En proceso de deportación
- Entrante condicional

B: Marque la casilla "B" si la persona pertenece a una de las siguientes categorías:

- Bajo orden de supervisión
- Estado de acción diferida
- En libertad condicional por menos de un año
- Cubierto por la solicitud de un pariente cercano autorizado
- Registró o se le concedió la solicitud de arreglo de su estado
- Ha vivido continuamente en EE.UU. desde antes del 1 de enero de 1972
- Vive en EE.UU. con conocimiento y consentimiento de la INS, y la INS no intenta exigir su salida.
- Deportación pospuesta
- Suspensión de la deportación
- Salida voluntaria

Sección E

Continuación

Ingresos familiares Anote la clase de ingreso y las cantidades recibidas por todas las personas en la lista de la Sección B

Clase de ingreso	Nombre de la persona (¿quién recibe este ingreso?)	Clase de ingreso/ Nombre del Empleador	¿Cuánto recibe esta persona (antes de impuestos)?	¿Con qué regularidad lo recibe? (semanal, cada dos semanas, mensualmente, otra periodicidad)
Ejemplo	Mary Smith	salario/Compañía XYZ	\$350	semanalmente
Ingresos por su empleo: Incluye sueldos, salarios, comisiones, propinas, pago por tiempo extra, trabajos por cuenta propia				
¿Su empleador le ofrece seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "sí", Nombre del Empleador:				
Ingresos por motivos aparte de su empleo: Incluye los beneficios del Seguro Social, pagos por incapacidad, pagos del seguro de desempleo, intereses y dividendos, beneficios de veteranos, compensación del trabajador, pagos por manutención de los niños/pensión alimenticia, ingresos de renta				
Contribuciones: Dinero de parientes o amigos, pensionistas o inquilinos (incluya el dinero que alguien le dé cada mes para ayudarle a cubrir sus gastos)				
Otros: Asistencia temporal (en efectivo) o ingresos suplementarios de seguridad (SSI), subvenciones de estudiante o préstamos				
Si no tiene ingresos, explique (por ej., si vive con amigos o familiares):				
¿Tiene usted que pagar el cuidado de los niños (o por cuidar a un adulto incapacitado) para poder trabajar o ir a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si la respuesta es "sí":	Nombre del niño o adulto:	¿Cuánto? \$	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, cada dos semanas, mensual)	
	Nombre del niño o adulto:	¿Cuánto? \$	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, cada dos semanas, mensual)	

Sección K

Continuación

Selección del plan médico

Las personas elegibles para Child Health Plus B y Family Health Plus deben inscribirse en un plan médico para recibir cuidado de salud. A algunas personas inscritas en Medicaid o Child Health Plus A se les pudiera requerir que se inscriban en un plan ahora mismo, y a otras, que lo hagan pronto. Usted también puede usar esta sección para escoger un plan de Child Health Plus A y Medicaid.

NOTA: Si se encuentra que usted o un miembro de la familia son elegibles para Medicaid o Child Health Plus A, y viven en un condado que no requiere que las personas estén en un plan médico, lo inscribiremos en este plan, si ofrece Medicaid, a menos que usted nos diga que no desea hacer eso, escribiendo al departamento de servicios sociales de su localidad, o marcando esta casilla.

Nombre del Solicitante	Número de Seguro Social (si lo tuviera)	Fecha de nacimiento	Plan Médico	Doctor o Centro de Salud	Doctor o código del Centro de Salud (opcional)	Dentista